

Krankenhaus-Report 2010

„Krankenhausversorgung in der Krise?“

Jürgen Klauber / Max Geraedts /
Jörg Friedrich (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2010

Auszug Seite 209-221



12	Zur Pflege im Krankenhaus: Ist-Situation und Sollvorstellungen	209
	<i>Sabine Bartholomeyczik</i>	
12.1	Entwicklung der Personalstellen im Pflegedienst der Krankenhäuser	209
12.2	DRG und Pflege.....	211
12.3	Die Problematik der PPR als Maß für den Pflegebedarf	213
12.4	Soll-Vorstellungen zu Aufgaben Pflegender im Krankenhaus	215
12.5	Entwicklungen von Arbeitsinhalten und Arbeitsbedingungen	217
12.6	Personalausstattung des Pflegedienstes und Versorgungsqualität.....	218
12.7	Perspektive	219
12.8	Literatur.....	220

12 Zur Pflege im Krankenhaus: Ist-Situation und Sollvorstellungen

Sabine Bartholomeyczik

Abstract

Zwischen 1995 und 2007 wurden in den Pflegediensten deutscher Krankenhäuser 15% der Stellen abgebaut. Spezifische Pflegeaufgaben zur Förderung der Selbständigkeit und Krankheitsbewältigung gewinnen bei kürzer werdender Verweildauer im Krankenhaus an Bedeutung. Empirische Hinweise auf die derzeitige Arbeit Pflegenden im Krankenhaus zeigen aber, dass eine bedarfsgerechte inhaltliche Weiterentwicklung weitgehend fehlt. Während nordamerikanische Studien nachweisen, dass eine schlechte Personalausstattung des Pflegedienstes ein hohes gesundheitliches Risiko für die Patienten enthält, gibt es bisher in Deutschland keine vergleichbaren Untersuchungen.

During the last 15 years, nursing staff in German hospitals was dramatically reduced. The shorter patients' hospital stay, the more important it is to support them in their independence and their ability to manage their disease. This is mainly a nursing task. However, study results indicate that these tasks have been reduced instead of enhanced. While studies from North America show the strong relationship between an insufficient nursing staff and patient outcomes, there are no comparable studies in Germany yet.

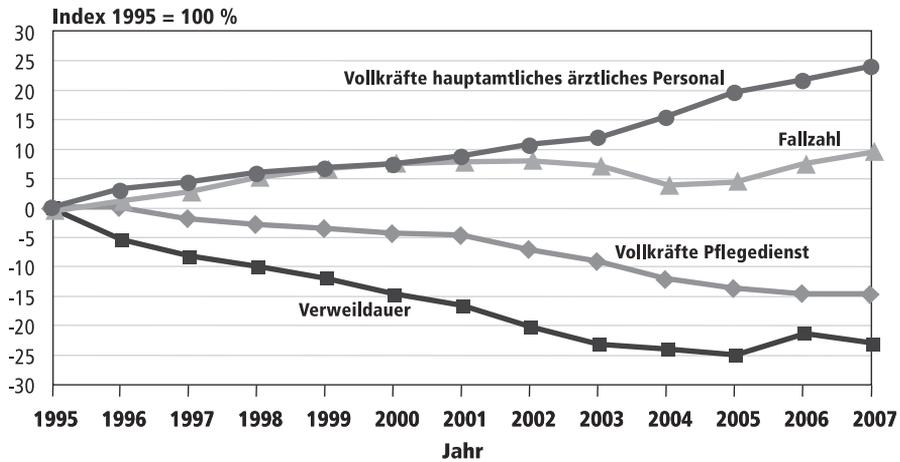
12

12.1 Entwicklung der Personalstellen im Pflegedienst der Krankenhäuser

Im Rahmen der Strukturveränderungen in den Krankenhäusern Deutschlands nehmen die Veränderungen der Personalausstattung einen bedeutsamen Stellenwert ein. Im Vordergrund der politischen Bemühungen um Kostendämpfung der Krankenhausversorgung steht die Verkürzung der Verweildauer, mit der Deutschland lange an der Spitze in Europa lag (Robert-Koch-Institut et al. 2006). Wegen dieser Spitzenposition wurde die Verweildauer zwischen 1995 und 2007 um fast 25% gesenkt, einhergehend mit einer Reduktion der Betten um 14%, aber einer Steigerung der Krankenhausfälle um etwa 10% im selben Zeitraum (www.gbe-bund.de) (Abbildung 12–1). Vor diesem Hintergrund muss die Entwicklung der Personalausstattung in Vollkräften (Vollzeitäquivalente) betrachtet werden. Wiederum ausgehend vom Stichtag 1995 zeigt sich, dass das Personal in den Krankenhäusern bis 2007 insgesamt um mehr als 10% reduziert wurde. Im Pflegedienst übersteigt die Reduktion mit 15% den Durchschnitt, während das Personal im ärztlichen Dienst um fast

Abbildung 12-1

Entwicklung einiger Krankenhaus-Kennziffern



Quelle: Statistisches Bundesamt, Berechnungen Isfort, dip (unveröffentlicht)

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

12

25% aufgestockt wurde. Letzteres wird vor allem mit der Abschaffung der Ausbildungszeit als „Arzt im Praktikum“ und der veränderten Arbeitszeitregelungen begründet.

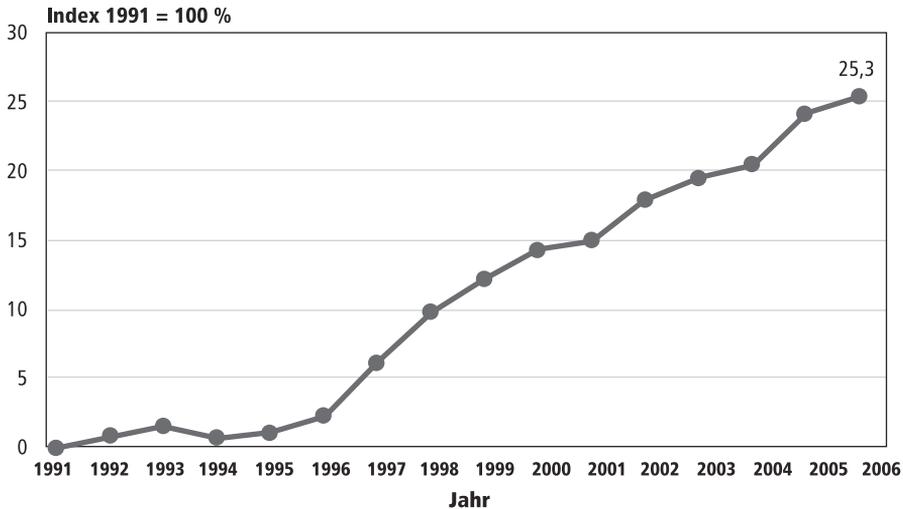
Im Zuge des demographischen Wandels veränderte sich gleichzeitig die Altersstruktur der Krankenhauspatienten mit einer überproportionalen Zunahme alter und damit häufig auch multimorbider Patienten. Mit dem ebenfalls deutlichen Rückgang der Verweildauer bedeutet dies eine Steigerung der Behandlungs- und Pflegeintensität pro Fall, da die weniger pflegeaufwändigen Patienten, die früher noch im Krankenhaus behandelt wurden, heute bereits entlassen sind. Bezogen auf eine Vollzeitstelle im Pflegedienst hat sich die Fallbelastung¹ pro Jahr seit 1991 um 25% erhöht, wobei die drastische Zunahme der Fallbelastung vor allem seit 1996 nach Abschaffung der PPR (s. Abschnitt 12-3) zu verzeichnen ist (Abbildung 12-2).

Der Anteil im Personalkostenbudget für den Pflegedienst lag 1996 bei 38,8% und sank bis 2006 auf 32,8%. Es fand also eine interne Umverteilung der Kosten zu Lasten des Pflegedienstes statt (Simon 2009, 113). Im Vergleich dazu betrug der Anteil der Kosten für den ärztlichen Dienst 1996 21,2% und stieg bis 2006 auf 26,5%. Bei einem gedeckelten Gesamtbudget muss für eine Arztstelle mehr als eine Pflege- oder andere Personalstelle abgebaut werden.

Die verpflichtende Einführung der DRG-basierten Finanzierung der Krankenhäuser wird als Grund für den Rückgang von Personal, Betten und Krankenhäusern genannt. Sieht man sich die Zahlen an, dann hat diese Entwicklung jedoch bereits

¹ Zahl der pro Jahr von einer Vollkraft durchschnittlich versorgten vollstationären Fälle (einschließlich Stundenfälle). Ausgenommen sind psychiatrische Krankenhäuser (Simon 2008, 37).

Abbildung 12-2

Belastungsziffer für den allgemeinen Pflegedienst

Quelle: Simon 2008, 37

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

spätestens Mitte der 1990er Jahre begonnen und wird von der DRG-Finanzierung allenfalls beschleunigt, zumal es auch vor 2004 Fallpauschalen im operativen Bereich gab. Es gibt allerdings auch die plausible Hypothese, dass der Personalabbau im Pflegedienst als Vorbereitung auf die Einführung der DRG anzusehen sei und eine vorausseilende Wegbereitung darstelle (Simon 2009).

12.2 DRG und Pflege

Das Prinzip der DRG-basierten Finanzierung der Krankenhäuser soll die tatsächlich erbrachte Versorgungsleistung und die Notwendigkeiten der dafür zu nutzenden Krankenhausressourcen in den Mittelpunkt stellen. Die DRGs sind ein Klassifikationssystem, das beansprucht, Fälle mit ähnlichem Aufwand in vergütungsgleiche Gruppen zusammenzufassen. Da die kodierfähigen Diagnosen, Operationen und Prozeduren erlösrelevant sind, besteht die Gefahr, dass die Erlösbegründungen und damit Diagnostik und Therapie des Patienten Mittel zum Zweck der Finanzierung des Krankenhauses werden.

Aus Sicht der Pflege wird außerdem kritisiert, dass die DRG-Systematik, die auf medizinischen Diagnosen und Prozeduren basiert, die speziellen Anforderungen an die Pflege nicht berücksichtigt. Nach dieser Auffassung wird im DRG-System übersehen, dass pflegerische Versorgung noch andere Anlässe hat als die Krankheit im Sinne einer medizinischen Diagnose und die Unterstützung der ärztlichen Therapie. Während ärztliches Handeln auf die Suche nach und die Beseitigung von Krank-

heitsursachen hin orientiert ist, zumeist auch auf die Linderung von Symptomen der Krankheit mit medizinischen Mitteln, geht es bei der Pflege immer um die Folgen einer Krankheit, um den Umgang mit dem Kranksein und die Folgen der Therapie. Das bedeutet, dass für Pflegende andere Dimensionen der Gesundheit eines Menschen von Bedeutung sind als für Ärzte, so vor allem die Fähigkeiten von Patienten, ihren Alltag mit Krankheit ohne fremde Hilfe zu bewältigen, häufig auch als Selbstpflegefähigkeit, Symptommanagement verbunden mit Krankheitsbewältigungsaufgaben bezeichnet. Diese pflegerische Auffassung wird jedoch von anderer Seite als irrelevant eingestuft, da Pflege mit berücksichtigt sei und Variabilität auch beim ärztlichen Bedarf vorkomme. Letztlich geht es bei diesen unterschiedlichen Auffassungen auch um die Frage, ob Pflege eine eigene Versorgungslogik habe, die sich von der ärztlichen unterscheidet.

Empirische Ergebnisse, die zeigen, dass der Pflegeaufwand mehr noch als der ärztliche Aufwand bei derselben Krankheit oder der gleichen Diagnose außerordentlich schwanken kann (O'Brien-Pallas et al. 1997; Eberl et al. 2005), werden mit diesen unterschiedlichen Versorgungslogiken erklärt. Die Annahme, der Pflegeaufwand könne allein durch medizinische Daten in ausreichendem Maße begründet werden, sei nicht haltbar.

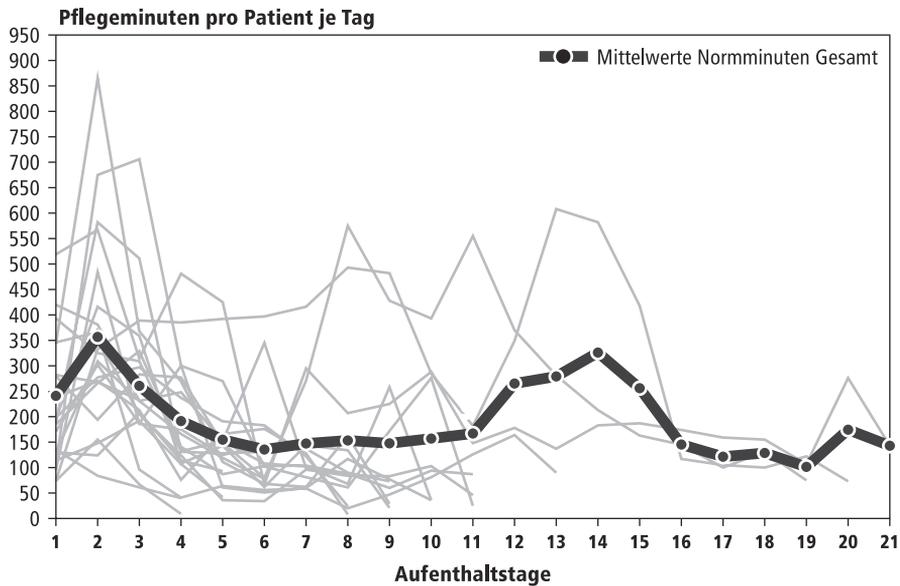
Diese Unsichtbarkeit der Pflege in der Systematik der DRG-basierten Krankenhausfinanzierung führt zu der Gefahr, dass aus betriebswirtschaftlicher Sicht Pflege im Krankenhaus allein als Kostenfaktor, nicht aber als Wert schöpfende Dienstleistung gesehen wird. Während jede ärztliche Diagnose kostenrelevant ist und der Gegenwert in Euro genau berechnet werden kann, ist der spezifische pflegerische Aufwand nicht erlösrelevant. Wird der Anteil der Pflege an den Produkten eines Krankenhauses sowohl auf der Kosten- als auch auf der Erlösseite nicht angemessen aufgezeigt, ergibt sich für Krankenhäuser der Anreiz, gerade hier ungeachtet möglicher Folgen Einsparungen vorzunehmen. Dazu passt auch die inzwischen vielfach zu beobachtende Streichung der Position eines Pflegemanagers in der Krankenhausleitung.

Die Stellensituation im Pflegedienst der Krankenhäuser und die öffentlich laut vorgetragene Klagen der Pflegeverbände haben das Bundesgesundheitsministerium seit Mitte 2008 veranlasst, eingeläutet durch einen „Pflegegipfel“ einige Maßnahmen für die Pflege zu ergreifen. Unter (geringer) finanzieller Beteiligung der Krankenhäuser soll im Laufe von drei Jahren die Zahl der Pflegestellen um 17 000 erhöht werden.

Aber auch eine kleine pflegespezifische Ergänzung des DRG-Systems ist vorgesehen: So sollen besonders pflegeaufwändige Patienten durch einen Score für Pflegekomplexmaßnahmen erfasst werden können. Voraussetzung für die Einführung der Scores in den OPS (Operationen und Prozedurenschlüssel – ein Teil des DRG-Systems) ist, dass der Score Patienten identifiziert, die aufgrund höchst aufwändiger Pflegemaßnahmen den derzeit gültigen DRG-Wert um mehrere hundert Euro überschreiten. Inhaltlich beziehen sich diese Komplexmaßnahmen auf Bereiche, die üblicherweise als Kernaufgaben der Pflege genannt werden: Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung, Bewegen/Lagern und Kommunikation. Mit dem geplanten Score, der sich beim Schreiben dieses Beitrags in der Erprobung befindet, kann das System an einigen Stellen präzisiert werden – geschätzt wird, dass er bis zu 5 % der Patienten betreffen kann.

Abbildung 12–3

Pflegeaufwand bei Patienten mit Myocardinfarkt* (ICD-10 Codes: I21.0 bis I21.9) und Pflegeaufwand nach LEP



*ICD-10-Codes I21.0 bis I21.9

Quelle: Eberl et al. 2005

Krankenhaus-Report 2010

WIdO

Dass ein solcher Score tatsächlich zu einer sinnvollen Identifizierung pflegeaufwändiger Fälle führen kann, zeigen die folgenden Daten. Sie stammen aus einer Untersuchung zum Pflegeaufwand bei Patienten mit einem Herzinfarkt (Eberl et al. 2005, Abbildung 12–3). Die Abbildung zeigt aber auch gleichzeitig, wie unterschiedlich umfangreich die Pflege bei Patienten mit der gleichen medizinischen Diagnose sein kann. Nicht dargestellt ist hier, dass dies insbesondere von der allgemeinen Selbstpflegefähigkeit abhängt.

Der Score zu Pflegekomplexmaßnahmen kann jedoch keine Aussagen über den allgemeinen Pflegebedarf im Krankenhaus und die damit zu verbindende interne Mittelverteilung machen.

12.3 Die Problematik der PPR als Maß für den Pflegebedarf

In der noch laufenden Konvergenzphase bis zur endgültigen Festlegung der DRG-Systematik für Deutschland stellen mehr als 200 Krankenhäuser ihre Daten dem InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) zur Verfügung (Kalkulations-Häuser). Hierbei geht es auch um den internen Ressourcenverbrauch, wobei für den Pflegedienst die Daten der PPR (Pflegepersonalregelung) genutzt werden. Die

PPR wurde 1993 als ein analytisches Personalbemessungsinstrument eingeführt, um die bis damals geltenden Personalanhaltszahlen, die seit Jahrzehnten fortgeschrieben worden waren, zu ersetzen (Schöning et al. 1995). Verstärkt durch den damals öffentlich beklagten Pflegenotstand war das Ziel der Einführung der PPR, den Pflegedienst in den Krankenhäusern um etwa 26 000 Stellen zu erhöhen. Da dies schnell erreicht war, wurde die PPR nach drei Jahren außer Kraft gesetzt. Sehr viele Krankenhäuser führten sie jedoch als Teil der Pflegedokumentation weiter, um einen Nachweis für Pflegeleistungen zu erhalten. Aus diesem Grunde war es in den vergangenen Jahren relativ einfach, die PPR als Maß für die interne Mittelverteilung gegenüber dem InEK wieder zu nutzen.

Die PPR birgt allerdings Probleme, die daraus resultieren, dass sie zu Beginn der 1990er Jahre nahezu ohne wissenschaftliche Basis entwickelt wurde und keinerlei Weiterentwicklung erfolgte. Sie beinhaltet ausgewählte pflegerische Leistungen, die in drei Intensitätsstufen unterteilt sind. Dabei wird davon ausgegangen, dass eine Pflegemaßnahme umso mehr Zeit braucht, je abhängiger der Patient ist. Weiter unterteilt sind die Pflegemaßnahmen in „Allgemeine Pflege“ (A), bei der vor allem die Unterstützung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens gemeint ist, und „Spezielle Pflege“ (S), bei der es sich um die ärztlicherseits delegierten Aufgaben handelt. In den meisten Häusern wird die PPR nur grob für die drei A- und S-Stufen genutzt, ohne sie mit einzelnen Leistungen zu hinterlegen. Weiterhin enthält die PPR keinerlei Begründung für den Umfang der pflegerischen Leistung. Informationen über den die Pflege veranlassenden Patientenzustand oder -bedarf spielen keine Rolle. Der Verdacht von Missbrauch, weil die Begründung für die Leistungen nicht nachvollziehbar ist, könnte auch ein wichtiger Grund dafür gewesen sein, die Wirksamkeit der PPR aufzuheben. Jedenfalls gab es seit langem Forderungen, die Pflegepersonalbemessung am Pflegebedarf auszurichten, der wiederum mit dem pflegerelevanten Patientenzustand zu begründen sei und nicht mit den erbrachten und wenig begründeten Leistungen (Bartholomeyczik et al. 2000). Die PPR birgt allerdings nicht nur dieses systematische Problem, denn sie ist inhaltlich nicht dem angemessen, was Pflegenden zu leisten haben, weil sie nur einige Elemente daraus aufgreift. So berücksichtigt sie z. B. nicht die komplexen Probleme bei der Pflege onkologischer Patienten, die Zunahme von Patienten mit Demenz, das immer wichtiger werdende Aufnahme- und Entlassungsmanagement oder pflegetherapeutische Ansätze wie Kinästhetik, Bobath-Lagerungen oder Basale Stimulation. Schließlich ist sie nach oben zeitlich gedeckelt. Die ihr hinterlegten Minuten sehen eine Grenze von maximal ca. 250 Minuten pro Tag für einen Patienten vor, d. h. hochaufwändige Patienten können nicht erfasst werden.

Anstatt die derzeitige Umbruchlage für eine durchdachte Veränderung zu nutzen, soll die PPR etwas erweitert werden. Ein Antrag beim BMG zur empirischen Entwicklung von Pflegeindikatoren auch zur Nutzung im Rahmen des DRG-Systems wurde als nicht förderungswürdig angesehen.

In der Schweiz, in der 2012 ein einheitliches DRG-System in Kraft gesetzt werden soll, wird zur vorbereitenden Untersuchung ein Leistungserfassungssystem genutzt, das weder inhaltlich noch zeitlich so wie die PPR nach oben gedeckelt ist. Ein großer Mangel ist aber auch hier, dass das System ebenfalls nicht auf den Begründungen für die Leistungen aufbaut. Immerhin soll vor der Einführung der DRGs untersucht werden, wie groß die Streuungen der Pflegeleistungen innerhalb einer DRG sind (Portenier 2009).

12.4 Soll-Vorstellungen zu Aufgaben Pflegender im Krankenhaus

Grundlage aller Fragen zur Personalausstattung des Pflegedienstes in Krankenhäusern muss natürlich die Frage sein, wie die Rolle des Pflegepersonals in dem „intensiv-medizinischen“ Krankenhaus von heute eigentlich ausgestaltet sein muss. Mehrfach wurde öffentlich von Kassenseite geäußert, dass die wichtigsten Aufgaben der Pflege durch die Verkürzung der Verweildauer aus dem Krankenhaus ausgelagert wurden und Stellenkürzungen also völlig gerechtfertigt seien.

Es ist davon auszugehen, dass die gesundheitspolitisch beabsichtigte kürzere Verweildauer den Interessen der Patienten grundsätzlich entgegenkommt, denn in der Regel geht niemand gerne oder länger als unbedingt nötig ins Krankenhaus. Die kürzere Verweildauer bedeutet jedoch für zunehmend mehr Patienten, dass auch nach der Entlassung weiterhin ein Versorgungsbedarf besteht, wenngleich dies nicht in jedem Fall die Inanspruchnahme professioneller Angebote mit sich bringen muss. Für einen Teil der früher vom Krankenhaus übernommenen Versorgungsaufgaben sind nunmehr die Patienten und ihre Angehörigen selbst verantwortlich. Das bedeutet, dass sie sich damit auseinandersetzen müssen, wie sie mit ihren gesundheitsbezogenen Einschränkungen umgehen und wie sie sie bewältigen. Dies hat sicher zwei Seiten: Einerseits werden die vormals ausschließlich als Empfänger professioneller „Segnungen“ betrachteten Patienten zu Subjekten ihres Handelns und zu „Eignern“ ihrer Krankheit; als Maxime wird hierbei oft „Shared Decision Making“ zitiert. Andererseits hat dies seine Grenzen dort, wo die Betroffenen überfordert werden, wo keine nahen Angehörigen oder sozialen Netze fähig oder bereit sind, sich zu engagieren und dadurch umfassende Einbrüche im Krankheitsverlauf entstehen können.

Die Auseinandersetzung mit dem Kranksein führt zu Aufgaben der Krankheitsbewältigung, die hier im Sinne von Corbin und Strauss (2004) verstanden werden. Maßnahmen im Sinne der Krankheitsbewältigung sind den prozesshaften Strukturen des Alltags unterworfen und beinhalten ein Wechselspiel von alltags-, krankheits- und biographiebezogener Arbeit. Die Bewältigungsarbeiten sind ineinander verwoben und nur analytisch in verschiedene Bestandteile zu unterteilen (Höhmman 2002). Im Krankenhaus wird ein Teil der Aufgaben vom System übernommen, allerdings müssen die Patienten rechtzeitig auf das Leben nach dem Krankenhausaufenthalt vorbereitet werden.

Kernaufgaben der Pflege sind die Förderung von Selbständigkeit und Selbstpflegefähigkeit der Patienten und die Unterstützung ihrer Krankheitsbewältigung. Hierzu gehört als ein Teil selbstverständlich auch die meist als körperlich definierte Unterstützung bei den zentralen Aktivitäten des täglichen Lebens wie der Körperpflege, der Nahrungsaufnahme, der Ausscheidung, der Mobilität. Ziel der kürzer werdenden Verweildauer im Krankenhaus muss die Entlassungsfähigkeit eines Patienten sein, die u. a. an den genannten Kompetenzen und Unterstützungsmöglichkeiten des Patienten außerhalb des Krankenhauses gemessen werden sollte. Nach wie vor wird jedoch kaum diskutiert, was Entlassungsfähigkeit heißt, welche Eigenschaften eine Patientin aufweisen muss, die entlassungsfähig sein soll (Bartholomeyczik 2002). Leitschnur für eine Entlassung sind in der Regel die Zeiten, die den DRG-Pauschalen zugrunde gelegt sind. Diese haben zwar eine empirische Basis, die inhaltliche Basis dieser Empirie wurde aber nicht hinterfragt.

Vor dem Hintergrund der kurzen Verweildauer, der Entlassung vor einer potenziellen Heilung, der komplexen Organisation Krankenhaus mit ihrer Unzahl an Akteuren und dem Ziel, eine sichere Krankenhausbehandlung zu erreichen, sind folgende drei Dimensionen für die Arbeit Pflegender von zentraler Bedeutung (Bartholomeyczik 2007):

a) Forcierte Förderung der Entlassungsfähigkeit

Patienten und ihre Angehörigen müssen zu Akteuren gemacht werden, um sie auf ihre Krankheitsbewältigungsarbeiten vorzubereiten und sie darin zu unterstützen. Dies geschieht bisher allgemein in einem völlig unzureichenden Maße und wird im Krankenhaus noch mehr vernachlässigt als in der ambulanten Versorgung, weil der Alltag der Patienten und ihre damit verbundenen Lebensumstände ausgeklammert sind. Dazu gehören Beratung, Information, Selbstständigkeitsförderung (auch körperliche!), Empowerment und Patientenedukation. Angehörige sind so früh wie möglich einzubeziehen. Entlassungsfähigkeit kann keinesfalls nur auf ein Entlassungsmanagement reduziert werden, das auf die organisatorische Regelung einer nachstationären Versorgung ausgerichtet ist.

b) Gewährleistung personaler Kontinuität

Personale Kontinuität kann erreicht werden, indem eine Pflegende für den gesamten Versorgungsprozess eines Patienten im Krankenhaus von der Aufnahme bis zur Entlassung verantwortlich ist, verbunden mit entsprechender Steuerungskompetenz. Hier ist das Modell des Primary Nursing angemessen, zu dem neben den Steuerungsaufgaben auch das Prinzip gehört, wesentliche Teile der erforderlichen professionellen Pflege selbst durchzuführen (Manthey 2005). Die verantwortliche Pflegekraft wirkt als Koordinatorin, denn sie ist diejenige, die am nächsten am Patienten ist und die Verhältnisse am besten einschätzen kann. Die Koordination aller an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen sowie die letztliche Entscheidung für organisatorische Fragen sollten in einer Hand liegen, ohne die professionsspezifischen (z. B. ärztlichen) Erfordernisse einzuschränken.

Kontinuität in der individuellen Versorgung kann auch bedeuten, dass einige bisher üblicherweise von Ärzten durchgeführte Behandlungsteile an die Pflegenden übergeben werden, weil Ärzte bezogen auf die Patientenstation im Gegensatz zu den Pflegenden relativ ortsungebunden sind – z. B. in den operativen Fächern, wo sie wesentlich mehr Zeit im Operationssaal als auf Station verbringen oder in vielen konservativen Abteilungen, wo sie viel in den Funktionsbereichen arbeiten. Wichtig hierbei ist allerdings, dass derartige Veränderungen der Aufgabenstrukturen nicht dazu dienen, je nach Bedarf Lücken zu füllen, die die Ärzte hinterlassen. Vielmehr gehört dazu eine Entscheidungskompetenz der Pflegenden, aufbauend auf entsprechender Qualifikation, bei der genau definiert werden sollte, was in die therapeutische Verantwortung der Ärzte und was in die pflegetherapeutische Verantwortung fällt.

c) Schnittstellenmanagement bei Aufnahme und Entlassung und während des Krankenhausaufenthalts

Die Komplexität des Krankenhauses als Organisation ist geradezu anfällig für Reibungsverluste zwischen Professionen, genauso wie zwischen verschiedenen Funktionsbereichen, die einzeln „Zentrifugalkräfte“ zu entwickeln scheinen, jeweils ei-

ner eigenen Logik folgend. Erwartet wird, dass sich die Patienten diesen Organisationslogiken anpassen. Hierunter fällt auch die oftmals defizitär anmutende Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten. Pflegende fühlen sich mit ihrer Arbeit nicht ausreichend von den Ärzten respektiert, Ärzte nehmen eine mangelnde Kooperationswilligkeit wahr (Schmidt et al. 2008).

Unter dem Druck Arbeitsabläufe zu optimieren wird den Beteiligten langsam bewusst, dass sich die komplexe Organisation Krankenhaus an den Patienten ausrichten muss. Insofern kommt nicht nur dem Schnittstellenmanagement, sondern auch der Reduzierung von Schnittstellen und der Prozesssteuerung eine besondere Rolle zu, und dies nicht nur innerhalb der Organisation, sondern auch bei der Aufnahme und der Entlassung. Diese Maßnahmen können eng mit der geforderten personalen Kontinuität verbunden werden.

12.5 Entwicklungen von Arbeitsinhalten und Arbeitsbedingungen

Zur Arbeit Pflegender und der Qualität der Pflege mit ihren Auswirkungen für Patienten in deutschen Krankenhäusern gibt es nur spärliches empirisches Material. Einige Bedingungen lassen sich skizzieren, die auf die Qualität schließen lassen. So zeigt eine Längsschnittuntersuchung von Tätigkeiten Pflegender auf Stationen in Krankenhäusern der Maximalversorgung, dass die Kommunikation Pflegender mit den Patienten, die nicht nur neben einer anderen Pflegemaßnahme nebenher läuft, im Jahr 2003 maximal gut 6 % aller Tätigkeiten des Pflegepersonals umfasste und bis 2005 auf 2,5 % sank (Galatsch et al. 2007). Für Küchen- und Hausarbeit wird im Vergleich dazu mehr als 10% aller Tätigkeiten des Pflegeteams ausgewiesen. Derselben Studie ist zu entnehmen, dass patientennahe Tätigkeiten in den Jahren der Einführung der DRG-basierten Finanzierung insgesamt abgenommen haben. Darüber hinaus geben die dazu befragten Pflegenden an, Anleitung und Beratung der Patienten zunehmend weglassen zu müssen, ebenso wie Prophylaxen, obwohl beide Pflegemaßnahmen bei verkürzter Verweildauer immer wichtiger werden.

Pflegende im Krankenhaus sind noch wenig fähig, Patienten und Angehörige explizit und gezielt zu beraten, auch wenn sie Beratungen durchführen. Erst seit 2004 wird Beratungskompetenz über das Krankenpflegegesetz als explizite Pflegekompetenz gefordert. Selbst die einfache Informationsvermittlung wird im Krankenhaus als unzureichend angesehen (Luderer et al. 2005). Auch die immer wieder geforderte Beziehungsgestaltung Pflegender erfolgt wenig professionell und hängt meist von spezifischen Situationen und den beteiligten Individuen ab (Pohlmann 2006).

Wie das bei Patienten ankommt, lässt sich zumindest im Bereich der Medikation zeigen, die oftmals einem komplexen Regime unterliegt. Vielfach fühlen Patienten sich hierbei unzureichend beraten und vor allem werden Anpassungsprobleme an ihre Lebenssituation nicht in Betracht gezogen (Haslbeck 2008).

Multimorbide Patienten fühlen sich sehr viel schlechter auf die Entlassung vorbereitet als solche mit nur einer Krankheit (Braun et al. 2009). In dieser Befragung von GEK-Versicherten zeigt sich auch, dass Patienten, die Ärzte und Pflegende als

überlastet und unter Zeitdruck beschreiben, sich weniger gut auf die Entlassung vorbereitet sehen. Nur bei einem Viertel der befragten Patienten wurden Angehörige darüber informiert, wie sie die Entlassenen unterstützen können.

Die Arbeitsverdichtung zeigt sich in verschiedenen Studien in Form eines überdurchschnittlich hohen Burnout und besonders hoher körperlicher Belastung deutscher Pfleger im Vergleich zu Kolleginnen aus anderen europäischen Ländern (Hasselhorn et al. 2003). Pflegende in Krankenhäusern wollen zu einem höheren Grad ihren Beruf wieder aufgeben als jene aus Altenheimen und ambulanten Pflegediensten (ebenda). Aber auch im Vergleich zu anderen weiblichen Berufen ist die Arbeitsbelastung bei Pflegenden höher, die Zeiten ihrer Arbeitsunfähigkeit sind länger und der Wunsch, den Beruf zu wechseln, hat in den vergangenen Jahren zugenommen (Braun et al. 2009).

Ein dauerhaftes und nicht erst unter den verschärften Bedingungen entstandenes Problem stellt die Zusammenarbeit der beiden in der direkten Patientenversorgung wichtigsten Berufsgruppen dar: der Pflegenden und der Ärzte. Pflegende erfahren große Hindernisse, wenn sie ihr Wissen und ihrer fachliche Kompetenz einbringen möchten – und dies vor dem Hintergrund von hierarchischen Strukturen vor allem seitens der Ärzte (Knoll et al. 2008). Sie erleben sich oft am Ende der Krankenhaushierarchie und berichten über Gefühle wie Enttäuschung, Verärgerung, Unzufriedenheit und Benachteiligung. Ärztliche und pflegerische Arbeitsabläufe unterliegen einer unterschiedlichen inhaltlichen und zeitlichen Logik, die in der Praxis dazu führt, dass sich die Pflegenden vor allem stark auf die Erfordernisse des ärztlichen Dienstes einstellen und die eigenen Arbeitsabläufe danach ausrichten. Pflegende fühlen sich mit ihren Arbeitsaufgaben alleingelassen und klagen über mangelnde Wertschätzung. Insgesamt ist die Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen durch eine hohe Konflikthanfälligkeit geprägt (Schmidt et al. 2008).

Die wenigen Ergebnisse empirischer Studien deuten keineswegs darauf hin, dass die vorgenannten Erfordernisse umgesetzt werden. Das Gegenteil liegt näher: Gerade die Förderung der Selbstpflegefähigkeit, die Förderung der Entlassungsfähigkeit und die Einbeziehung von Angehörigen scheinen eher reduziert als erweitert zu werden.

12.6 Personalausstattung des Pflegedienstes und Versorgungsqualität

In Deutschland gibt es bisher keine Untersuchungen, die Personalausstattung, insbesondere die im Pflegedienst der Krankenhäuser, mit Gesundheitsindikatoren der Patienten in Verbindung bringen. Angesichts der derzeitigen Diskussion um die Rolle der Pflege im Krankenhaus wäre dies allerdings dringend erforderlich.

Anders in Nordamerika, wo das umfassendste Review 94 Studien zum Thema aus den USA und Kanada ausweist (Kane et al. 2007). In diesen Studien wurden das Verhältnis qualifizierter Pflegenden zu den Patienten und die Pflegefachkraft-Stunden pro Patiententag als die wichtigsten Einflussvariablen untersucht. Outcomevariablen sind unterschiedliche Gesundheitsindikatoren der Patienten. Alle Ergebnisse deuten in die gleiche Richtung: Eine bessere Personalausstattung im Pfl-

gedienst reduziert gesundheitliche Risiken der Patienten. Insbesondere sind hier zu nennen:

- verbesserte Erkennung von Komplikationen
- Reduktion von Pneumonien
- seltenere Lungenembolien
- seltenere Sepsis
- Verringerung gastrointestinaler Blutungen
- Verminderung von Venenthrombose
- Reduktion von Dekubitus, Harnwegsinfektionen, Stürzen
- Verminderung von Medikationsfehlern
- Reduktion der Mortalität während des Krankenhausaufenthaltes und
- Reduktion der Mortalität 30 Tage nach der Krankenhausaufnahme.

Eine britische Querschnittanalyse kommt zu ähnlichen Ergebnissen (Rafferty et al. 2006).

Die Autoren des Reviews merken kritisch an, dass die Untersuchungen zwar alle Zusammenhänge in die gleiche Richtung aufzeigen, aber noch keine Kausalität nachweisen. Die positiven Zusammenhänge könnten aufgrund anderer Qualitätsinitiativen zustandekommen, Confounder müssten genau untersucht werden.

Auch das deutsche Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat eine auf 17 Studien basierende Übersichtsarbeit zum Thema veröffentlicht. Darin gibt es zu bedenken, dass die nordamerikanischen Ergebnisse nicht unbedingt auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar seien (IQWiG 2006). Es fordert daher mit Recht dringend Forschung zu Personalausstattung und Ergebnisqualität in Deutschland ein, bislang allerdings ergebnislos.

12.7 Perspektive

Im Sinne einer sicheren und effektiven Versorgung von Patienten im Krankenhaus muss der Pflegedienst inhaltlich anders aufgestellt werden. In welche Richtung dies aus Sicht der Autorin gehen sollte, wurde kurz angerissen. Das bedeutet aber nicht nur, den Pflegedienst quantitativ besser auszustatten und die Schnittstellen insbesondere zwischen Ärzten und Pflegenden neu und vor allem klarer zu definieren. Es bedeutet auch, die Qualifikation der Pflegenden zu entwickeln. Als Stichwort sei hier das Advanced Nursing zu nennen, das mit einer akademischen Masterausbildung verbunden ist und fachspezifische Experten hervorbringt (Schober et al. 2008). Des Weiteren müssen Kriterien für ein Skill Mix innerhalb des Pflegedienstes systematisch erarbeitet werden. Bisher wurde dies eher tabuisiert, weil mit dem Begriff des Skill Mix oft die Angst verbunden ist, dass das vorherrschende Kriterium Sparen heißt. Außerdem gibt es die unsinnigen Diskussionen, die Qualifikationsstufen Pflegender mit einzelnen Tätigkeiten zu verbinden, anstatt sie an die Komplexität der gesundheitlichen Situation von Patienten zu koppeln. Gar keine sinnvolle Lösung ist die derzeit von einigen Fraktionen des Bundestages vorgeschlagene Herabsetzung der schulischen Voraussetzungen für die reguläre Pflegeausbildung, die sehr wohlwollend vielleicht als Anachronismus bezeichnet werden kann.

Vor allen Dingen bleibt zu fordern, dass nicht eine Reform die andere jagt, ohne dass sehr systematisch evaluiert wird, was das für die Gesundheit der Nutzer des Versorgungssystems bedeutet.

12.8 Literatur

- Bartholomeyczik S, Hunstein D. Erforderliche Pflege – zu den Grundlagen einer Personalbemessung. *Pflege & Gesellschaft* 2000; 5 (4): 105–9.
- Bartholomeyczik S. Erforderliche Pflege und die geplante Einführung der DRGs. In: Kolb S et al. (Hrsg). *Medizin und Gewissen. Wenn Würde ein Wert würde...* Frankfurt am Main: Mabuse 2002, 229–35.
- Bartholomeyczik S. Kurze Verweildauer im Krankenhaus – die Rolle der Pflegenden. *Pflege und Gesellschaft* 2007; 12 (2): 135–49.
- Braun B, Buhr P, Klinke S, Müller R, Rosenbrock R. *Wandel von Medizin und Pflege im DRG-System*. Berlin, Bremen 2009 (unveröffentlichtes Manuskript).
- Corbin JM, Strauss AL. *Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit*. Bern: Hans Huber, 2. Aufl. 2004
- Eberl I, Bartholomeyczik S, Donath E. Die Erfassung des Pflegeaufwands bei Patienten mit der medizinischen Diagnose Myokardinfarkt. *Pflege* 2005; 18 (6): 364–72.
- Galatsch M, Krüger C, Quasdorf T, Schroller ME, Donath E, Bartholomeyczik S. Die Auswirkungen der DRG-Einführung aus Sicht der Pflege. *Pflegezeitschrift* 2007; 60 (5): 272–6.
- Haslbeck J. Bewältigung komplexer Medikamentenregimes aus Sicht chronisch Kranker. *Pflege & Gesellschaft* 2008; 13 (1): 48–61.
- Hasselhorn H-M, Tackenberg P, Müller BH (eds). *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe*. Stockholm: National Institute for Working Life and authors 2003.
- Höhmann U. Spezifische Vernetzungserfordernisse für chronisch kranke, langzeitpflegebedürftige hochaltrige Menschen. In: *Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg). Expertisen zum Vierten Altenbericht der Bundesregierung. Band III: Hochaltrigkeit und Demenz als Herausforderung an die Gesundheits- und Pflegeversorgung*. Hannover 2002, 289–428.
- IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen). *Zusammenhang zwischen Pflegekapazität und Ergebnisqualität in der stationären Versorgung. Eine systematische Übersicht*. Arbeitspapier, 7.8.2006.
- Kane R L, Shamliyan T, Mueller C, Duval S, Wilt T. *Nursing Staffing and Quality of Patient Care. Evidence Report/Technology Assessment No 151*. Rockville, MD: AHRQ Publication No. 07-E005, 2007.
- Knoll M, Lendner I. „...dann wird er halt operiert und es ist keine Blutgruppe da!“ Interprofessionelle Kommunikation von Pflegenden einer internistischen Intensivstation. *Pflege* 2008; 21 (5): 339–51.
- Luderer C, Behrens J. Aufklärungs- und Informationsgespräche im Krankenhaus. *Pflege* 2005, 18 (1): 15–23.
- Manthey M. *Primary Nursing. Ein personenbezogenes Pflegesystem (2nd ed.)*. Bern: Hans Huber 2005.
- O’Brien-Pallas L, Irvine D, Peereboom E, Murray M. *Measuring Nursing Workload: Understanding the Variability*. *Nursing Economics* 1997; 15: 171–82.
- Pohlmann M. Die Pflegenden-Patienten-Beziehung. Ergebnisse einer Untersuchung zur Beziehung zwischen Patienten und beruflich Pflegenden im Krankenhaus. *Pflege* 2006; 19 (3): 156–62.
- Portenier L. DRG in der Schweiz. Leistungsbezogene Krankenhausentgeltssysteme. *Die Schwester, Der Pfleger* 2009; 48 (4): 372–4.
- Rafferty AM, Clarke SP, Coles J, Ball J, James P, McKee M, Aiken LH. Outcomes of variation in hospital nurses staffing in English hospitals: cross-sectional analysis of survey data and discharge records. *International Journal of Nursing Studies* 2007; 44: 175–82.
- Robert-Koch-Institut, Statistisches Bundesamt. *Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Gesundheit in Deutschland*. Berlin: Robert-Koch-Institut 2006.

- Schmidt S, Bartholomeyczik S, Dieterle WE, Wittich A, Donath E, Rieger MA. Arbeitsbedingungen für die Pflege in Krankenhäusern als Herausforderung. Eine Sekundäranalyse der Basiserhebung im Forschungsprojekt "Arbeitsbedingungen im Krankenhaus" (ArbiK). *Pflege & Gesellschaft* 2008; 13(2): 102–18.
- Schober M, Affara F. *Advanced Nursing Practice (ANP)*. Bern: Hans Huber 2008.
- Schöning B, Luithlen E, Scheinert H. *Pflege-Personalregelung. Kommentar mit Anwendungsbeispielen für die Praxis*. 2. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer 1995.
- Simon M. Stellenabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Mindestanforderungen als Ansatz zur nachhaltigen Sicherung einer ausreichenden Personalbesetzung. Studie im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung. Hannover: Endbericht 2008.
- Simon M. Personalabbau im Pflegedienst der Krankenhäuser: Hintergründe, Ursachen, Perspektiven. *Pflege & Gesellschaft* 2009; 14 (2): 101–23.